هسته بازیابی.

سری اعتیاد رفتاری.

رفتار جنسی اجباری

بیولوژی، الگو و بهبودی.

بسیار خب.

این، اعتیاد رفتاری است که بیشترین احساس شرم را به همراه دارد.

د همین دلیل، شرم باید ابتدا از ساختار حذف شود.

نسخه ۱۱ (سازمان جهانی صحت، ۲۰۲۲) (ICD) اختلال رفتار جنسی اجباری در فهرست بین‌المللی بیماری‌ها ذکر شده است. سیستم دوپامین، فعال شدن گیرنده‌های اپیوئیدی، و تقویت متغیر مبتنی بر نوآوری – اینها مسائل بیولوژیکی هستند. فرایند بهبودی از همان ساختار مشابه با سایر اعتیادها استفاده می‌کند.

بخش ۱ — ابتدا زیست‌شناسی.

سانچوریون": - فعالیت جنسی یکی از قوی‌ترین رویدادهای طبیعی دوپامین است که " در دسترس است. تکامل آن را به این شکل، عمداً طراحی کرده است.

فعالیت جنسی مکانیزم اصلی تولید مثل در گونه‌ها است. تکامل صدها میلیون سال فرصت داشته تا آن را به اندازه‌ای لذت‌بخش کند که به طور قابل اعتماد دنبال شود. نتیجه: ترشح دوپامین مرتبط با فعالیت جنسی و ارگاسم، یکی از بالاترین سطوح طبیعی دوپامین در سیستم عصبی انسان است. این اتفاقی نیست یا یک نقص طراحی نیست. این سیگنال اولویت بیولوژیکی برای تولید مثل است.

درک این موضوع، قضاوت اخلاقی را از مکانیسم حذف می‌کند: همان مدار عصبی پاداش که اعتیاد به مواد مخدر آن را مورد سوء استفاده قرار می‌دهد، مداری است که فعالیت جنسی برای فعال‌سازی قدرتمند آن طراحی شده است. سیستمی که برای ایجاد پاداش ساخته شده است، به طور اجباری استفاده می‌شود. مشکل، میل نیست. مشکل این است که چه اتفاقی می‌افتد وقتی که میل، کنترل ارادی را دور می‌زند.

پروفایل کامل نوروشیمیایی — ۱.۱

پیامدهای مرتبط با اعتیاد.	در طول فعالیت جنسی چه کاری انجام می‌دهد؟	نوروکیمیایی

دوپامین، رفتار جستجو را تحریک می‌کند – زمانی که صرف برای تعقیب فعالیت‌های جنسی می‌شود. همانند اعتیاد به مواد، تحمل دوپامین ایجاد می‌شود: محرکی که قبلاً باعث ترشح زیاد دوپامین و احساس انتظار می‌شد، اکنون اثر کمتری دارد و این امر منجر به افزایش شدت محرک‌ها می‌شود.	به شدت در هنگام تحریک افزایش می‌یابد. در اوج ارگاسم به بالاترین حد خود می‌رسد. این ماده، حس شدید تمایل را ایجاد می‌کند - میل به رسیدن به هدف. دوپامین خودش لذت نیست. بلکه انگیزه برای رسیدن به لذتی است که انتظار دارید.	دوپامین – سیگنال انتظار و تمایل.
این به این دلیل است که نالتراکسون، آنتاگونیست گیرنده اپیویدی مو که برای اعتیاد به الکل و مواد مخدر استفاده می شود، اثرات مستند شده ای بر روی رفتارهای جنسی اجباری دارد. قسمت اپیوئیدی پاداش جنسی خاص است و می توان با همان داروشناسی که برای اعتیاد به مواد مخدر استفاده می شود، آن را هدف قرار داد.	اندورفین‌ها و انکفالین‌ها در طول و بعد از ارگاسم ترشح می‌شوند، که باعث ایجاد حس گرما و رضایت در حالت پس از ارگاسم می‌شود. همان سیستم گیرنده که توسط مواد افیونی خارجی (هیروین، اکسی‌کدون) فعال می‌شود، در طول ارگاسم توسط مواد افیونی داخلی نیز فعال می‌شود.	اپیوئیدهای اندوژن — سیگنال لذت.
رفتار جنسی اجباری که به طور خاص پیوند عاطفی را نادیده می گیرد – مانند تماشای پورنوگرافی یا داشتن روابط متوالی بدون ارتباط عمیق عاطفی – ممکن است باعث ارگاسم شود، اما این ارگاسم فاقد پیوند اکسی توسین است که در فعالیت جنسی سالم وجود دارد. پاداش حاصل شده ناقص است: اجزای دوپامین و اپیوئیدی فعال می شوند، اما جزء پیوند اکسی توسین غایب است. این امر یک کمبود خاص ایجاد می کند – فرد از نظر جنسی فعال است، اما از نظر عاطفی احساس رضایت نمی کند.	هنگام تماس جسمانی، ارگاسم و تماس چشمی طولانی مدت ترشح می شود. این ماده باعث ایجاد تمایل به نزدیکی با شخص خاصی که در تولید اکسی توسین نقش داشته است، می شود. اکسی توسین همان ماده ای است که رابطه جنسی را به پیوند عاطفی تبدیل می کند.	اکسی‌توسین – سیگنال پیوند.
فعالیت جنسی مکرر با شرکای متعدد ممکن است واکنش پیوندی وازوپرسین را کاهش دهد، که منجر به وضعیتی می‌شود که در آن توانایی ایجاد پیوند از طریق پیوندهای جنسی به تدریج کاهش می‌یابد. فردی که سال‌ها به طور اجباری از فعالیت جنسی استفاده کرده است، ممکن است به طور فزاینده‌ای دسترسی به پیوندهای صمیمانه واقعی را دشوارتر ببیند.	واسپرسین با اکسی‌توسین در ایجاد پیوند عاطفی در مردان همکاری می‌کند. واسپرسین با تمایل محافظتی و وابستگی به یک شریک خاص مرتبط است، که می‌تواند به عنوان سیگنالی باشد مبنی بر اینکه "این شخص برای من مهم است".	واسپرسین — سیگنال پیوند عاطفی (به ویژه در مردان).
همانطور که در مورد سیستم سروتونین در استفاده از مواد مخدر MDMA، رفتار جنسی اجباری و مزمن ممکن است سیگنال اشباع سروتونین را کاهش دهد - که منجر به اثر بازگشت کمتر، بازگشت سریعتر به اشتیاق و دشواری تدریجی در تجربه لذت از هر	سطح سروتونین بعد از ارگاسم افزایش می‌یابد و به دوره مقاومت کمک می‌کند — دوره‌ای که در آن میل جنسی کاهش می‌یابد، پس از اینکه فرد احساس رضایت کرد. این یک مکانیزم طبیعی برای کاهش فعالیت است.	سیروتونین – سیگنال اشباع.

برخورد جنسی می شود.		

عامل تازگی: چرا این نوع خاص اعتیاد هیچ حد و مرزی ندارد؟ — ۱.۲

برخلاف بیشتر اعتیادهای رفتاری، رفتار جنسی اجباری یک عامل بیولوژیکی خاص دارد که در قماربازی، بازی‌های ویدئویی و مصرف رسانه وجود ندارد: اثر کولیدج.

اثر کولیدج، واکنش جنسی مستند در پستانداران است (که به طور گسترده مطالعه شده و در تمام گونه‌ها وجود دارد)، که در آن انگیزه جنسی با معرفی یک شریک جدید تجدید می شود. یک حیوان نر که از یک شریک خسته شده باشد، فعالیت جنسی را از سر می گیرد زمانی که یک شریک جدید معرفی شود. این یک نقص شخصیتی نیست - بلکه مکانیسم تکاملی است که تنوع ژنتیکی را ترویج می کند. در محیط باستانی، این امر توسط در دسترس بودن واقعی شرکای جدید محدود بود. در محیط دیجیتال، این امر نامحدود است.

در متن دیجیتال به چه معناست؟	اثر کولیدج در زمینه نیاکان به این معنی است که: * تمایل به تولید مثل در حیوانات، زمانی که آنها قبلاً با یک جفت جفت شده اند، کاهش می یابد. * این اثر می تواند بر الگوهای رفتاری و اجتماعی حیوانات تأثیر بگذارد. * در برخی موارد، ممکن است منجر به کاهش تنوع ژنتیکی در جمعیت شود.
پورنوگرافی و برنامه‌های ملاقات، شرکای بصری جدید را به طور نامحدود و بدون هیچ گونه هزینه اجتماعی فراهم می‌کنند. اثر کولیدج با هر تصویر، ویدیو یا پروفایل جدید فعال می‌شود - که باعث افزایش سطح دوپامین می‌شود و این افزایش‌ها توسط مکانیسم اشباع متوقف نمی‌شوند زیرا تازگی هرگز تمام نمی‌شود. این یک محرک فوق‌العاده است: محرکی که قوی‌تر و پایدارتر از هر چیزی است که سیستم پاداش مغز برای مقابله با آن تکامل یافته است.	انگیزه جنسی توسط تازگی واقعی در شریک زندگی تجدید می شود. این موضوع گاهی اوقات رخ می دهد و تحت تأثیر دسترسی واقعی به شرکای زندگی، ساختار اجتماعی و واقعیت فیزیکی تولید مثل تنظیم می شود. مکانیسم اشباع به درستی کار می کند زیرا محرک های جدید موجود در دنیای واقعی محدود هستند.

بخش دوم — اختلال رفتار جنسی اجباری: چیست و چه نیست.

دِ سنتوریون – میل جنسی قوی یک اختلال نیست. از دست دادن کنترل ارادی بر رفتار جنسی، یک اختلال است.

تفاوت بین میل جنسی سالم و اختلال رفتاری اجباری جنسی، در تعداد دفعات، نوع فعالیت‌ها یا اینکه آیا فعالیت‌ها متعارف هستند، نیست. بلکه، این تفاوت در کنترل ارادی است و اینکه آیا رفتار باعث آسیب می‌شود که شخص نمی‌تواند آن را متوقف کند، حتی اگر بخواهد.

این لزوماً CSBD نیست.	معیارهای) این، رفتار جنسی اجباری است ICD-11).
تمایل جنسی بالا یا فراوانی زیاد فعالیت جنسی که تحت کنترل ارادی است و آسیبی ایجاد نمی کند.	الگوی مداوم از ناتوانی در کنترل تکانه‌های جنسی شدید و تکراری، با وجود تمایل به این کار.
علاقه های جنسی غیرمعمول که به صورت توافقی انجام می شوند و باعث ناراحتی یا آسیب به شخص یا دیگران نمی شوند.	ادامه فعالیت‌های جنسی حتی زمانی که باعث ناراحتی جدی، آسیب به روابط، خطر برای سلامتی یا اختلال در عملکرد می‌شود.
دوره ای از افزایش فعالیت جنسی پس از یک تغییر در زندگی (رابطه جدید، بهبود سلامتی، کاهش استرس) که به طور طبیعی تثبیت می شود.	نادیده گرفتن سلامتی، مراقبت شخصی، مسئولیت‌ها یا فعالیت‌های مهم به دلیل زمان و انرژی صرف شده برای فعالیت جنسی یا تلاش برای آن.
ناخشنودی جنسی در یک رابطه - که ممکن است یک مشکل در رابطه باشد، نه یک اختلال رفتاری اجباری.	این رفتار برای یک دوره زمانی قابل توجه وجود داشته است (ماه یا بیشتر 6 :ICD-11 معیار).

۲.۱ — انواع فرعی

زیرنوع	چه شکلی است؟	مکانیزم خاص که آن را به حرکت در می آورد.
استفاده اجباری از پورنوگرافی.	استفاده فزاینده با وجود تمایل به کاهش یا توقف آن. زمانی که صرف تماشای مواد مستهجن می‌شود و فعالیت‌های دیگر، روابط و خواب را تحت تاثیر قرار می‌دهد. پیشرفت به سمت محتوای شدیدتر برای رسیدن به همان سطح تحریک که قبلاً از طریق محتوای ملایم‌تر حاصل می‌شد. دشواری در برانگیختن شهوت با یک شریک واقعی که قبلاً امکان‌پذیر بود، قبل از استفاده گسترده از مواد مستهجن.	مشکل محرک فراطبیعی: محرک‌های بصری جدید و نامحدود، اثر کولیدج را به شدت افزایش می‌دهند بدون اینکه مکانیسم اشباع فعال شود. سیستم پیش‌بینی دوپامین به طور مداوم توسط نوآوری تحریک می‌شود که هرگز تمام نمی‌شود. سازگاری عصبی باعث کاهش حساسیت به محرک‌های دنیای واقعی می‌شود.

تقویت متغیر نسبت همراه با دوپامین ناشی از تازگی یک شریک جدید. اثر کولیدج در شکل واقعی آن. مرحله پیوند (اکسی توسین) یا دور زده می‌شود یا باعث ایجاد وابستگی موقت می‌شود که الگوی وسواسی آن را مختل می‌کند.	به دست آوردن شریک جنسی به صورت سرپالی، ناشی از اجبار و نه تمایل واقعی برای ایجاد ارتباط. شریک مورد نظر تعقیب می‌شود، رابطه جنسی برقرار می‌گردد، و بلافاصله علاقه از بین می‌رود - که این یک الگوی تکراری را ایجاد می‌کند. افزایش خطر: مواجهه با موقعیت‌های پرخطرتر به تدریج، زیرا تحمل در برابر موقعیت‌های کم‌خطر کاهش می‌یابد.	جستجوی شریک اجباری.
فعالیت گیرنده‌های اپیویدی در اوج لذت، تسکین موقت واقعی از حالات عاطفی منفی را ایجاد می‌کند. این مکانیسم مشابه خوددرمانی با مواد افیونی برای درد عاطفی است. فردی که یاد گرفته است فعالیت جنسی به طور قابل اعتماد اضطراب را کاهش می‌دهد، همانند اینکه یک شخص مضطرب به الکل روی می‌آورد، به طور مداوم به آن متوسل خواهد شد.	استفاده از فعالیت جنسی به طور خاص – برای مدیریت حالات عاطفی – اضطراب، افسردگی، تنهایی، خستگی، خشم. فعالیت جنسی عملکردی دارویی دارد: این امر تسکین موقت از حالت عاطفی را فراهم می کند و باید هر زمان که این حالت تکرار شود، تکرار شود.	جنس به عنوان تنظیم احساسات.
فعالیت مستقیم مدار پاداش بدون محرک خارجی. این شکل اغلب با بیشترین احساس شرم همراه است - تا حدی به این دلیل که این حالت به وضوح درونی است و نمی توان آن را به عوامل بیرونی نسبت داد.	خودارضایی اجباری که به طور مستقل از پورنوگرافی رخ می‌دهد – ناشی از نیاز به ترشح مواد اپیویدی و دوپامین، نه از میل یا جاذبه جنسی.	خودارضایی اجباری (مستقل از پورنوگرافی).

بخش سوم — فارماکوژنتیک وسواس جنسی.

دِ سنتوریون: همان گونه‌های که آسیب‌پذیری را در برابر اعتیاد به مواد ایجاد می‌کنند، آسیب‌پذیری را اینجا نیز ایجاد می‌کنند.

پروفایل ژنتیکی که احتمال ابتلا به رفتارهای جنسی اجباری را افزایش می‌دهد، تا حد زیادی با پروفایلی یکسان است که احتمال ابتلا به اعتیاد به مواد و سایر رفتارهای ناسالم را افزایش می‌دهد. این اتفاق تصادفی نیست؛ همه این اعتیادها مسیر پاداش یکسانی را فعال می‌کنند، و تغییرات مشابه در عملکرد مسیر پاداش، مستعدیت را در تمام آنها ایجاد می‌کند.

نوع	مکانیسم.	اتصال CSBD.
آلیل DRD2 نوع A1 — سندرم کمبود پاداش.	کاهش ۴۰ درصدی در تراکم گیرنده‌های D2. پاداش‌های معمول زندگی، مانند غذا، ارتباطات اجتماعی و دستاوردها، پاسخ دوپامینرژیک کمتری را در افراد با A1/A2 یا A2/A2 ژنوتیپ ایجاد می‌کنند نسبت به سایرین. این فرد به طور مداوم از تجربیات عادی محروم است.	هر منبع پاداش قوی، از جمله فعالیت جنسی، شکاف دوپامین را که آلل A1 ایجاد می‌کند، پر می‌کند. CSBD (اختلالات رفتاری مرتبط با مصرف مواد) به A1 دارای آلل DRD2 در جمعیت‌های میزان بالایی مشاهده می‌شود. فعالیت جنسی، دوپامینی را فراهم می‌کند که تراکم گیرنده‌های معیوب نمی‌تواند به اندازه کافی از محرک‌های معمولی تولید کند.
COMT Val158Met — ساختار ژنتیکی جنگجو.	پاکسازی سریع دوپامین. اوج به سرعت اتفاق می‌افتد و فرورفتگی نیز به همان اندازه سریع است. فردی که "جنگجو" نامیده می‌شود، بالاترین نوسانات را بین اوج‌ها و فرورفتگی‌های دوپامین تجربه می‌کند. تمایل به مصرف دوز بعدی تسریع می‌شود زیرا اثر دوز قبلی به سرعت از بین می‌رود.	تمایل شدید و رقابتی "جنگجو" با تمایل به داشتن شریک زندگی متعدد (فرآیند جستجو و تسخیر که سیستم دوپامین "جنگجو" را فعال می کند) و همچنین با الگوی افزایش مصرف پورنوگرافی مطابقت دارد (نیاز به محرک های جدید و شدیدتر برای جبران پاک شدن سریع دوپامین).
MTHFR C677T هموزیگوت.	کاهش تولید BH4، سنتز دوپامین و سروتونین را کاهش می‌دهد. کمبود سروتونین در اینجا به طور خاص مهم است – سروتونین سیگنال اشباعی است. کاهش سروتونین به معنای کاهش اشباع است، که به این معنی است دوره مقاومت کوتاه‌تر می‌شود و اشتیاق سریع‌تر بازمی‌گردد.	افرادی که حامل ژن MTHFR هستند و در تولید سروتونین اختلال دارند، دوره اشباع بیولوژیکی کوتاه‌تری پس از فعالیت جنسی تجربه می‌کنند. چرخه‌ی اجباری مصرف (استفاده)، اشباع کوتاه، و بازگشت سریع میل، تا حدی ناشی از اختلال در مکانیسم اشباع سروتونین است. درمان با 5-MTHF مستقیماً به این مشکل رسیدگی می‌کند زیرا از تولید سروتونین پشتیبانی می‌کند.
MAO-A (مونواامین اکسیداز A) – ژن کنترل تکانه.	MAO-A، سرتونین و دوپامین را متابولیزه می‌کند. برخی از انواع MAO-A باعث تولید مقدار بیش از حد تجزیه (سطح پایین سرتونین، پرخاشگری بالا) یا مقدار بسیار کم (اختلال در انتقال‌دهنده‌های عصبی دیگر) می‌شوند.	در رفتارهای MAO-A فعالیت کم آنزیم تکانشی، از جمله اختلالات جنسی بیشتر دیده می‌شود. (CSBD)، اجباری این جنبه تکانشی – عمل کردن بر اساس غرایز جنسی بدون مکثی که سروتونین بالاتر فراهم می‌کند – تا حدی

کنترل می‌شود MAO-A توسط آنزیم.	با فعالیت کم، با افزایش MAO-A نوع پرخاشگری و تکانشگری مرتبط است.	

بخش ۴ — چرخه‌ی شرم: چرا شرم اوضاع را بدتر می‌کند؟

**سنتوریون" - شرم، رفتارهای نامناسب را پنهان می‌کند و باعث می‌شود که این "
رفتارها در خفا رشد کنند. شرم، بستر مناسب برای رفتارهای جنسی اجباری است.**

رفتار جنسی اجباری، نوعی اعتیاد رفتاری است که بالاترین نسبت شرم را به جستجوی کمک دارد. رنج می برند و تعداد کسانی که برای (CSBD) تفاوت بین تعداد افرادی که از اختلال رفتار جنسی اجباری درمان مراجعه می کنند، در این مورد بیشتر از هر نوع دیگر در دسته اعتیادهای رفتاری است. دلیل آن شرم است - شرمی خاص و شدید که همراه با وسواس جنسی در اکثر زمینه های فرهنگی وجود دارد.

چرخه شرم، خود را تقویت می کند و به طور خاص، نتیجه معکوس دارد:

چرخه شرم.

1. رفتار اجباری رخ می‌دهد.
2. احساس شرم عمیق پس از آن به وجود می‌آید: "چه اشتباهی در من وجود دارد، چرا نمی‌توانم این کار را متوقف کنم؟"
3. شرم باعث ناراحتی عاطفی می شود (اضطراب، افسردگی، خودکم‌بینی).

رفتار جبری یکی از قابل اعتمادترین روش‌های موجود برای تسکین ناراحتی عاطفی (فعال‌سازی گیرنده‌های اپیویدی) است.

رفتار دوباره تکرار می‌شود تا ناراحتی که رفتار قبلی ایجاد کرده بود، تسکین یابد.

6. شرم بیشتر. پنهان‌کاری عمیق‌تر می‌شود. انزوا افزایش می‌یابد. این رفتار تنها منبع قابل اعتماد تسکین است که در حالت انزوا و شرمساری موجود است.

احساس شرم در مورد رفتارهای جنسی اجباری، آن را کاهش نمی‌دهد. احساس شرم، ناراحتی عاطفی را که رفتار برای تسکین آن استفاده می‌شود، افزایش می‌دهد. احساس شرم مکانیزمی است که این چرخه را حفظ می‌کند.

این یک استدلال نیست که نشان دهد این رفتار قابل قبول است یا اینکه باید عواقب آن را کم اهمیت جلوه داد. این یک مشاهده در مورد مکانیسم است: شرم به عنوان رویکرد اصلی درمان برای رفتارهای جنسی اجباری، از نظر دارویی، نتیجه معکوس دارد. این امر به ناراحتی که رفتار در حال ایجاد آن است، اضافه می کند. رویکرد موثر، شرم را کاملاً از چارچوب حذف می کند و رفتار را به عنوان الگوی بیولوژیکی و روانشناختی که هست، مورد بررسی قرار می دهد.

۴.۱ — رازداری به عنوان یک عامل حفظ کننده.

محرمانه بودن، رفتار جنسی اجباری را از طریق چندین مکانیزم حفظ می‌کند:

- راز را نمی توان پردازش کرد - رفتاری که از همه شرکای رابطه و کمک کنندگان پنهان است، نمی تواند در زمینه ارتباطی که درمان نیاز دارد، بررسی، به چالش کشیده یا مورد توجه قرار گیرد. راز در تاریکی زندگی می کند، جایی که رشد می کند.
- زندگی دوتایی از لحاظ ذهنی پرهزینه است - حفظ هویت جنسی عمومی و خصوصی جداگانه، منابع شناختی قابل توجهی را طلب می کند که در غیر این صورت می توانستند برای کار

بازپروری مورد استفاده قرار گیرند. فردی که در حال پنهان کردن چیزی است، نمی تواند به طور کامل در فرایند بازپروری مشارکت کند.

- محرمانه بودن، مسئولیت‌پذیری را از بین می‌برد – قوی‌ترین مکانیزم برای تغییر رفتار در رفتارهای وسواسی، روابطی هستند که مسئولیت‌پذیری را ایجاد می‌کنند. فردی که رفتارهای وسواسی‌اش توسط هیچ کس شناخته نمی‌شود، ساختار مسئولیت‌پذیری بیرونی ندارد.
- کشف خیانت - روابطی که به دلیل کشف رفتارهای جنسی پنهان و طولانی‌مدت پایان می‌یابند، یک واکنش تروماژیک خاص (تروما ناشی از خیانت) را در شرکا ایجاد می‌کنند که شدیدتر از آسیبی است که خود رفتار می‌توانست اگر به طور فعالانه فاش شده باشد، ایجاد کند. هرچه راز بیشتر باشد، آسیب نهایی بزرگتر خواهد بود.

بخش ۵ — ارتباط با تروما.

سانتریون" – این نوع اعتیاد رفتاری است که بالاترین میزان آسیب روانی زمینه‌ای را " دارد. باید نام آن ذکر شود، اما نباید به عنوان کل توضیح در نظر گرفته شود.

به ویژه ضربه جنسی، اما همچنین سوء استفاده جسمانی، – (ACEs) تجربه‌های ناگوار دوران کودکی غفلت عاطفی و اختلالات خانوادگی – به طور قابل توجهی در افرادی که اختلال رفتاری جنسی اجباری را توسعه می‌دهند، دیده می‌شوند. این ارتباط در هر مورد علت و معلول نیست و در هیچ موردی کل داستان را تشکیل نمی‌دهد. اما این موضوع آنقدر رایج است که باید به عنوان یک ملاحظه بالینی اصلی در نظر گرفته شود.

عواقب درمانی.	چگونه خطر ابتلا به CSBD را ایجاد می‌کند؟	مکانیسم
درمان تخصصی برای آسیب روانی (مانند EMDR، و تجربه جسمی، درمان شناختی رفتاری آگاه از آسیب) به همراه مداخله رفتاری ضروری است. مدیریت رفتاری تنها، بدون پردازش آسیب، فقط علائم را برطرف می کند، اما علت اصلی را نه.	وقتی تجربه جنسی در یک زمینه آسیب‌زا در مراحل اولیه رشد معرفی می‌شود، ارتباط عصبی بین تحریک جنسی و واکنش به تروما (تحریک بیش از حد، اضطراب، ترکیب هیجان/ترس) می‌تواند تثبیت شود. فرد فعالیت‌های جنسی را تا حدی برای بازگشت و پردازش مجدد یک تروما انجام می‌دهد که هرگز پردازش نشده است. کیفیت اجباری این رفتارها، بخشی از کیفیت اجباری تروماهای غیرپردازش‌شده است.	آسیب جنسی اولیه که واکنش به آسیب را جنسی کرده است.
شخصی که یاد گرفته است از فعالیت جنسی برای تنظیم احساسات استفاده کند، قبل از اینکه مهارت‌های دیگری را برای تنظیم احساسات کسب کند، باید ابزارهای جایگزین برای تنظیم احساسات توسعه دهد - نه فقط این که فعالیت جنسی را متوقف کند بدون جایگزینی.	کودکانی که نیازهای عاطفی خود را از سوی مراقبت‌کنندگان برآورده نمی‌بینند، یاد می‌گیرند که اضطراب عاطفی را از طریق روش‌های خودشان تنظیم کنند. هنگامی که فعالیت جنسی به عنوان یک ابزار برای تنظیم احساسات کشف می‌شود – که این موضوع در دوران بلوغ رایج است	بی‌توجهی عاطفی و یادگیری تنظیم احساسات.

	– آن تبدیل به اصلی‌ترین ابزار برای مدیریت ناراحتی در غیاب تنظیم احساسات توسط مراقبت‌کنندگان می‌شود.	
درمان مبتنی بر پیوند، الگوهای ارتباطی اساسی را مورد توجه قرار می‌دهد. CSBD نشانه استراتژی پیوندی است؛ تغییر در استراتژی پیوندی، عملکرد رفتار را تغییر می‌دهد.	چسبندگی ناامن (اضطراب‌آور یا اجتنابی) الگوهای خاص رفتاری جنسی را ایجاد می‌کند. چسبندگی اضطراب‌آور، تمایل به جستجوی مداوم ارتباط جنسی را برای مدیریت اضطراب ناشی از وابستگی تحریک می‌کند. چسبندگی اجتنابی، الگوی فعالیت جنسی بدون صمیمیت واقعی را تولید می‌کند؛ ارتباطی که ممکن است باعث آسیب‌پذیری شود، اجتناب می‌شود، در حالی که فعالیتی که آن را شبیه‌سازی می‌کند اما بدون آسیب‌پذیری، انجام می‌شود.	قطع ارتباط و الگوهای مضطرب/اجتنابی.

رنج می برد، سابقه (CSBD) نکته مهم: نه هر فردی که از سندرم وابستگی به مواد ضربه روانی دارد. بسیاری از آنها اینگونه نیستند. سابقه ضربه روانی، در صورتی که وجود داشته باشد، مرتبط است و باید مورد توجه قرار گیرد. در صورت عدم وجود آن، نباید فرض شود یا وارد تصویر بالینی گردد. تنها بیولوژی به تنهایی – کمبود پاداش، اثر کولیدج، فعال شدن مدارهای دوپامین/اپیوئیدی – برای ایجاد سندرم وابستگی به مواد (CSBD) بدون اینکه ضربه روانی یک عامل موثر باشد، کافی است.

بخش ششم. — پروفایل خاص برای محتوای جنسی

دِ سنتوریون - مواد شهوانی یک محرک فراطبیعی است - شدیدتر از هر چیزی که سیستم پاداش جنسی مغز تکامل یافته است تا آن را پردازش کند.

اعتیاد به پورنوگرافی، شایع‌ترین شکل اختلال رفتاری جنسی اجباری در محیط بالینی فعلی است. اینترنت، منبع نامحدود از تصاویر و شرکای جنسی جدید را با هزینه صفر و بدون هیچ ریسکی اجتماعی فراهم کرده است، که اثر کولیدج را به طور مداوم فعال می‌کند، چیزی که در هیچ دوره دیگری از تاریخ بشر امکان‌پذیر نبوده است. سیستم پاداش مغز برای این سطح از محرک‌ها طراحی نشده است.

۶.۱ — اثرات عصبی خاص ناشی از استفاده زیاد از محتوای غیراخلاقی.

علائم بالینی.	مکانیسم.	تاثیر
الگوی تشدید: فردی که با محتوای ملایم شروع کرده و به تدریج به دسته‌های شدیدتر رفته است، نشان‌دهنده پیشرفت "بی‌حسی/تحمل" است که مشخصه اعتیاد به مواد است. این تشدید یک مسئله شخصیتی نیست؛ بلکه ناشی از کاهش گیرنده‌ها است.	تحریک مکرر و بیش از حد مدار پاداش دوپامین، همان کاهش عملکردی را ایجاد می‌کند که تحمل مواد مخدر ایجاد می‌کند. محرکی که در ابتدا باعث تحریک شدید می‌شد، به تدریج واکنش کمتری برمی‌انگیزد. فرد برای رسیدن به سطح فعال‌سازی قبلی، به محتوای جدیدتر یا افراطی‌تر روی می‌آورد.	کاهش حساسیت در مدار پاداش جنسی.
اختلال نعوظ در جوانان، به ویژه در هنگام فعالیت جنسی با شریک واقعی، اما نه در هنگام استفاده از پورنوگرافی، در جمعیت‌های بالینی که سابقه مصرف زیاد پورنوگرافی دارند، مستند شده است. این یک مشکل عصبی است، نه روانی. سیستم پاداش به محرکی تنظیم شده است که شریک واقعی نمی‌تواند آن را تکرار کند.	سیستم پاسخ جنسی مغز با ویژگی‌های خاص محرک‌های پورنوگرافی تطبیق پیدا می‌کند - بصری، جدید، بدون مانع و نامحدود. شریکان واقعی به همان معنا "جدید" نیستند، به همان روش در دسترس نیستند و نیازمند تعاملات اجتماعی و عاطفی هستند که پورنوگرافی ندارد. برانگیختگی که مدار پاداش، که قبلاً با یک شریک واقعی به آسانی تجربه می‌شد، اکنون دشوار می‌شود.	کاهش تحریک جنسی در روابط با شریک زندگی.
شخصی که گزارش می‌دهد که می‌خواهد استفاده از پورنوگرافی را متوقف کند اما نمی‌تواند، یا برنامه‌ریزی می‌کند که آن را متوقف کند، شروع به توقف می‌کند و سپس دوباره به استفاده بازمی‌گردد، در حال توصیف اختلال در کنترل پیش‌پیشانی بر محرک‌های سیستم لیمبیک است. این کمبود اراده نیست. بلکه اثر عصبی مستندِ مصرف زیاد بر روی مدار کنترلی	مصرف زیاد پورنوگرافی با کاهش حجم قشر پیشانی و کاهش ارتباط بین قشر پیشانی و سیستم لیمبیک در مطالعات تصویربرداری عصبی مرتبط است - همان الگویی که در اعتیاد به مواد مشاهده می‌شود. قشر پیشانی، سیگنال "توقف" را فراهم می‌کند. هنگامی که این ناحیه آسیب می‌بیند، فعالیت سیستم لیمبیک با کاهش توانایی کنترل، افزایش می‌یابد.	آسیب به قشر پیشانی برای کنترل تکانه.

است.		

۶.۲ — پروتوکول بازیابی از اعتیاد به مواد مختل کننده.

تعریف اعتیاد از مواد در مورد پورنوگرافی: قبل از شروع، به طور مشخص تعریف کنید که "اعتیاد" به چه معناست. برای اکثر افراد در حال بهبودی از اختلال مصرف پورنوگرافی، "اعتیاد" به این معنی است: عدم استفاده عمدی از پورنوگرافی (مصرف محتوای جنسی بصری یا نوشتاری به طور خاص برای تحریک). این تعریف، خودارضایی (بدون پورنوگرافی) را به عنوان یک مسئله رفتاری جداگانه در نظر می‌گیرد که هر فرد بر اساس چارچوب و ارزش‌های شخصی خود در حال بهبودی، آن را حل می‌کند.

- نرم‌افزارهای مسئولیت‌پذیری: Covenant Eyes، Bark، Circle یا ابزارهای مشابه که محتوای پورنوگرافی را فیلتر می‌کنند یا دسترسی‌ها را به یک شریک مسئولیت‌پذیر گزارش می‌دهند. شریک مسئولیت‌پذیر می‌داند که فرد در حال تلاش برای بهبود است. مکانیسم پنهان‌کاری مختل می‌شود. نرم‌افزار نصب شده و ایمیل شریک مسئولیت‌پذیر تنظیم می‌شود قبل از اینکه وسوسه بعدی ایجاد شود، نه در حین آن.
- اصطکاک دستگاه: اگر تلیفون، نقطه دسترسی اصلی باشد، مرورگر موبایل را از آن حذف کنید. اگر کمپیوتر، نقطه دسترسی اصلی باشد، آن را به یک اتاق عمومی در خانه منتقل کنید. زمینه مشاهده خصوصی را از بین ببرید - این رفتار در خفا شکوفا می شود و در معرض دید ضعیف می شود.
- اشتیاق به استفاده از پورنوگرافی: اشتیاق به استفاده از پورنوگرافی به اوج خود می رسد و در حدود ۱۵ تا ۳۰ دقیقه فروکش می کند، اگر عمل نشود. یادگیری مشاهده این اشتیاق بدون اینکه به آن واکنش نشان دهید - یعنی "سواری" بر موج هوس به جای پاسخ دادن به آن - مهارت اصلی در بهبودی از اختلال استفاده از پورنوگرافی است. هر بار که با موفقیت ۲۰ دقیقه را بدون تسلیم شدن به اشتیاق سپری کنید، مقاومت عصبی شما در برابر این اشتیاق افزایش می یابد و قدرت آن بر شما به مرور زمان کاهش می یابد.
- حمام آب سرد یا قرار دادن صورت در معرض آب سرد: تکنیک آب سرد به طور خاص، رفلکس غواصی و پاسخ نوراپینفرین را فعال می کند که حالت جستجوگری ناشی از دوپامین را مختل می کند. این روش کار می کند زیرا از نظر فیزیولوژیکی موثر است، نه از طریق اراده.
- دوره ۹۰ روزه: تحقیقات عصبی در مورد اختلال استفاده از پورنوگرافی نشان می‌دهد که تقریباً ۹۰ روز ترک مصرف لازم است تا مدار پاداش، که دچار بی‌حسی شده است، شروع به بازیابی حساسیت طبیعی خود به محرک‌های دنیای واقعی کند. هدف ۹۰ روزه، آغاز روند بهبودی است، نه پایان آن.

بخش هفتم — معماری بازیابی.

**سانتریون" – این ساختار مشابه با سایر اعتیادهای رفتاری است، اما یک تفاوت دارد: "
تعریف پاکی باید مشخص باشد.**

7.1 — تعریف پاکدامنی جنسی.

برخلاف اعتیاد به مواد که در آن پاکی یا عدم استفاده از مواد، یک حالت قطعی است (صفر)، پاکی جنسی باید توسط خود فرد تعریف شود، زیرا عدم فعالیت جنسی نه سالم است و نه هدف. تعریف پاکی جنسی، یک بیانیه شخصی است که معمولاً با کمک یک متخصص روانشناسی تهیه می‌شود و شامل موارد زیر است:

چرا دقت مهم است؟	تعریف‌ها اجزای نمونه	چه چیزی را باید تعریف کرد؟
رفتارهای خارج از حالت هوشیاری مشخص به اندازه کافی هستند که در هر موقعیتی پاسخ "بله" یا "نه" واضحی را ارائه دهند. "عدم وجود رفتارهای وسواسی جنسی" یک تعریف نیست - این تعریف آنقدر مبهم است که قابل اجرا نیست. "عدم استفاده از پورنوگرافی، عدم استفاده از برنامه‌های دوستیابی بعد از ساعت 9 شب" یک تعریف است.	برای اختلال مصرف مواد جنسی: استفاده از پورنوگرافی بدون قصد قبلی. برای تمایل اجباری به یافتن شریک جنسی: عدم داشتن روابط جنسی ناشناس یا تصادفی. برای استفاده از جنسیت به عنوان تنظیم احساسات: عدم استفاده از فعالیت جنسی به عنوان واکنش اصلی به ناراحتی عاطفی.	رفتارهای اصلی – اعمال خاص که برای این شخص، بازگشت به حالت قبلی را نشان می‌دهند.
آگاهی در سطح میانی به فرد کمک می‌کند تا تشخیص دهد که آیا او در شرایطی قرار دارد که ممکن است منجر به عود شود، و اقدامات لازم را قبل از وقوع عود انجام دهد، نه بعد از آن.	این رفتارهای زیر، رفتارهایی هستند که معمولاً قبل از عود رخ می‌دهند، اما خودشان عود محسوب نمی‌شوند: * زندگی کردن به تنهایی در یک هتل بدون داشتن کسی که مسئولیت شما را بر عهده داشته باشد. * مرور برخی از حساب‌های رسانه‌های اجتماعی. * حضور در محیط‌های خاص بدون داشتن برنامه‌ای مشخص.	رفتارهای دایره میانی — فعالیت‌هایی که خودشان به معنای بازگشت نیستند، اما به عنوان نشانه‌های اولیه برای بازگشت در این شخص شناخته می‌شوند.
بازیابی به معنای حذف جنسی نیست. بلکه، به معنای بازپس‌گیری کنترل داوطلبانه بر رفتار جنسی است. دایره بیرونی نشان می‌دهد که ابراز سالم چگونه است، تا بازیابی به سوی چیزی حرکت کند،	فعالیت جنسی در یک رابطه مستقر. خودارضایی بدون استفاده از تصاویر یا فیلم‌های غیراخلاقی (اگر این موضوع با چارچوب فرد مطابقت داشته باشد). رفتارهای سالم در روابط عاشقانه. ابراز	رفتارهای سالم در دایره بیرونی: ابراز جنسی که با ارزش‌های بازیابی فرد مطابقت داشته باشد و از سلامت جنسی حمایت کند.

نه فقط از چیزی دور شود.	محبت فیزیکی که جنبه وسواسی نداشته باشد.	

7.2 — مکمل‌های غذایی برای اختلال شناختی، رفتاری و عصبی.

مکمل	دوز	زمان.	CSBD متعلق به استدلال خاص
NAC (N- استیل مهم‌ترین – (سیستئین مکمل واحد برای رفتارهای وسواسی.	۶۰۰ میلی‌گرم، دو بار در روز.	صبح و بعد از ظهر	NAC، تعادل گلوتامات را در نواحی هسته اکومبنس و قشر پیشانی بازسازی می‌کند - این اختلال خاص، محرک رفتارهای وسواسی است. آزمایش‌های بالینی NAC نشان داده‌اند که رفتارهای وسواسی را در موارد قمار، تریشوتلومانیا (کندن مو) و مصرف مواد کاهش می‌دهد. اثر نرمال‌سازی گلوتامات، شدت میل به رفتار وسواسی را کاهش می‌دهد بدون اینکه باعث خواب‌آلودگی یا سرکوب سیستم پاداش شود.
5-MTHF — از مواد کمک کننده در تولید سروتونین.	400-1000 میکروگرام	صبح بخیر.	سیستم سروتونین سیگنال اشباع است - مکانیزم طبیعی خاموش کردن رفتار تولید، MTHFR جنسی. در افراد هموزگو کم سروتونین دوره مقاومت را کوتاه می کند و بازگشت اشتیاق را تسریع می مستقیماً از مسیر تولید MTHF-بخشد. 5 سروتونین که باعث اشباع می شود، پشتیبانی می کند.
زینک — از متابولیسم تستوسترون و اکسی توسین پشتیبانی می‌کند.	۱۵-۳۰ میلی‌گرام همراه با غذا.	عصر بخیر.	زینک یک کوفاکتور برای متابولیسم تستوسترون و برای آنزیم‌هایی است که در سنتز و پردازش اکسی‌توسین نقش دارند. تستوسترون سالم از ابراز میل جنسی مناسب (نه بیش از حد) پشتیبانی می‌کند. حمایت از اکسی‌توسین، جنبه پیوند را در فعالیت جنسی تقویت می‌کند که رفتار جنسی اجباری به طور خاص آن را سرکوب می‌کند.
گلیسینه منیزیم	400 میلی‌گرم عنصر.	عصر بخیر.	عامل مساعد در سنتز اکسی‌توسین. NMDA جزء گلایسین یک هم‌اغتشامگر است که سیستم گلوتامات را همراه با تعدیل می‌کند. اثرات آرام‌بخش NAC منیزیم گلیکینات، اضطراب را کاهش می‌دهد که این اضطراب الگوهای "جنسیت به عنوان تنظیم عاطفی" را تحریک می‌کند.

کمبود ویتامین دی با اختلال در تنظیم خلق و خو و کاهش کنترل بازدارنده مرتبط است. گیرنده‌های ویتامین دی در سراسر قشر پیشانی وجود دارند – ناحیه‌ای که کنترل بازدارنده را فراهم می‌کند و "سیگنال توقف" را ارائه می‌دهد. کمبود به طور خاص ظرفیت قشر پیشانی را مختل می‌کند که برای بهبود رفتار جنسی اجباری ضروری است.	صبح بخیر با چربی.	2000-4000 واحد بین المللی	ویتامین دی ۳

7.3 — منابع درمانی حرفه‌ای

متخصصان آموزش دیده خاصی دارد که جامعه درمانی عمومی به طور کامل به آنها نمی پردازد CSBD:

- به طور خاص در زمینه درمان (درمانگر متخصص اعتیاد جنسی) CSAT متخصصان دارای مدرک آموزش دیده اند. برای یافتن یک IITAP وسواس جنسی از طریق برنامه صدور گواهینامه متخصص CSAT، به iitap.com مراجعه کنید.
- یک برنامه ۱۲ مرحله‌ای که به طور خاص برای رفتارهای (SAA): "گروه "عادتکاران جنسی گمنام جنسی اجباری طراحی شده است و تعریف اعتیاد را گسترده‌تر و انعطاف‌پذیرتر از برنامه‌های عمومی ۱۲ مرحله‌ای دارد. این گروه، پویایی‌های شرم‌آور خاص را درک می‌کند و رفتارها را قضاوت نمی‌کند.
- SMART Recovery: یک رویکرد رفتاری سکولار است که از مدل ۱۲ مرحله استفاده نمی کند. این برنامه برای افرادی در دسترس است که چارچوب "قدرت برتر" برای آنها مناسب نیست.
- همسران افراد معتاد جنسی: اگر همسری وجود داشته باشد که از کشف رفتارهای جنسی اجباری، دچار آسیب روانی شده است، آن همسر به حمایت خود نیاز دارد – مانند گروه COSA)، SANON، ناشناسان همسران معتاد جنسی)، یا درمان فردی با یک متخصص آموزش دیده CSAT. آسیب روانی همسر واقعی است و نیازمند درمان جداگانه از درمان زوجین است.

بخش هشتم — ساختار طبیعی سلامت جنسی.

**سانچوریون" - بهبودی به معنای نبودن تمایلات جنسی نیست. بلکه، بهبودی به معنای "
بازیافتن تمایلات جنسی داوطلبانه، مرتبط و رضایت‌بخش است.**

این بخش به این موضوع اشاره دارد که روند بهبودی به چه چیزی منجر می‌شود، نه از نظر رفتارهای خاص یا ساختارهای روابط، که بسته به فرد، فرهنگ و ارزش‌ها متفاوت است، بلکه از نظر ویژگی‌های عصبی و روانشناختی بیان سالم جنسی.

چگونه رفتار جنسی اجباری آن را مختل کرد؟	چه شکلی است؟	کیفیت
به طور خاص این کنترل را از CSBD بین می‌برد. فرد برخلاف ارزش‌ها و اهداف خود عمل می‌کند. بازیابی، ظرفیت "کنترل پیشانی" را بازمی‌گرداند که امکان انتخاب واقعی را فراهم می‌کند.	شخص می تواند انتخاب کند که در فعالیت جنسی شرکت کند یا نه، بر اساس تمایل واقعی، شرایط و ارزش ها، و همچنین می تواند بر اساس همین معیارها تصمیم به توقف داشته باشد. این رفتار توسط خود شخص هدایت می شود، نه توسط یک غریزه اجباری.	کنترول داوطلبانه.
رفتار جنسی اجباری، فعالیت هایی را تولید می کند که اغلب توسط هر چیزی به جز تمایل واقعی هدایت می شوند. شخص ممکن است احساس آرامش، فوریت یا عادت داشته باشد، اما لزوماً تمایل نداشته باشد. بهبودی، تمایل واقعی را تشخیص داده و آن را به عنوان محرک مناسب بازسازی می کند.	فعالیت جنسی که توسط تمایل واقعی به آن یا به شریک زندگی صورت می گیرد، نه به دلیل نیاز به تسکین دوپامین، تسکین افیونی از ناراحتی عاطفی، اجبار ناشی از کنجکاوی یا عادت.	تمایل واقعی به عنوان انگیزه.
فعالیت جنسی مکرر بدون عنصر پیوند می تواند به تدریج ظرفیت برای ارتباط جنسی را کاهش دهد. بازسازی، پیوندی که توسط اکسی توسین ایجاد می شود و که فعالیت جنسی سالم قرار است تولید کند، را دوباره احیا می کند.	فعالیت جنسی که شامل حضور عاطفی واقعی با یک شریک است - مولفه پیوند اکسی‌توسین که در رفتارهای جنسی اجباری (به ویژه پورنوگرافی و تغییر مداوم شرکا) به طور خاص دور زده می‌شود.	اتصال
رفتار جنسی اجباری اغلب یک چرخهٔ را ایجاد می‌کند که در آن حالت پس از ارگاسم، شرم را به جای رضایت ایجاد می‌کند، و این امر باعث بازگشت سریع به فعالیت به عنوان یک مکانیسم تنظیم احساسی می‌شود. سیگنال اشباع سروتونین توسط ناراحتی ناشی از شرم سرکوب می‌شود. بهبودی، سیگنال اشباع طبیعی را بازیابی می‌کند.	دوره مقاومت عادی که پس از فعالیت جنسی رضایت‌بخش رخ می‌دهد، حالت بعد از ارگاسم است که احساس رضایت واقعی را ایجاد می‌کند و بلافاصله تمایل جدیدی را برانگیخته نمی‌کند.	اشباع.

8. 1 — پیوند اعضا

همانطور که در هر اعتیاد رفتاری در مجموعه "بدون نیاز به ماده" ذکر شده است، جنبه فرقه ای که حول رفتار جنسی اجباری سازمان یافته است، قابل انتقال است. اجزای خاص اختلال وسواس جنسی (CSBD) که قابل تغییر هستند عبارتند از:

- تمایل به تجربه‌های شدید و جدید: تمایل "جنگجو" به تجربه‌های شدید و جدید را می‌توان به سمت ماجراجویی، مسابقات ورزشی در بالاترین سطح توانایی، سفر، تولیدات خلاقانه و کارآفرینی هدایت کرد. شدت، ویژگی اصلی است. وسیله، مشکل بود.
- تمایل به صمیمیت که از طریق چرخه اجباری شرکای جنسی ابراز می‌شد: میل به یک ارتباط انسانی واقعی، که این الگو اجباری آن را تقلید می‌کرد اما در عین حال مانع از ایجاد یک ارتباط واقعی می‌شد، می‌تواند به سمت پرورش روابط عمیق، پایدار و متقابل هدایت شود. چیزی که همواره مورد جستجو بود، ارتباط بود. اما روشی که استفاده می‌شد، به‌طور خاص مانع رسیدن به آن هدف می‌شد.
- وظیفه تنظیم احساسات: هر حالت عاطفی که رفتار جنسی اجباری آن را مدیریت می‌کرد (اضطراب، افسردگی، تنهایی، خستگی) اکنون نیاز به روش‌های جایگزین برای مدیریت دارد. فعال‌سازی رفتاری، ورزش، تمرین خلاقانه و ارتباط اجتماعی - همه اینها تنظیم‌کننده‌های احساسات بهتری هستند که هیچ چرخه اجباری با خود ندارند. مهارت‌های DBT TIPP از لیست کامل مخصوصاً برای این منظور طراحی شده‌اند.

خلاصه: زیست‌شناسی، مکانیزم، بهبودی.

دِ سنتوریون – این یک شکست اخلاقی نیست. این یک الگوی بیولوژیکی است. همان ساختارِ بازیابی کار می‌کند.

این راهنما چه چیزهایی را تعیین می‌کند؟

بیولوژی: دوپامین، اپیوئیدهای اندوژنِ، اکسی توسین، اثر کولیدج، محرک فوق العاده نرمال پورنوگرافی. مکانیزم خاص است، مستند شده است و یک نقص شخصیتی نیست.

فارماکوژنتیک: DRD2 A1 (کمبود پاداش)، COMT Val/Val (جستجوی شدت)، MTHFR C677T (کاهش اشباع سروتونین). این تغییرات ژنتیکی مشابه تغییراتی هستند که در اعتیاد به مواد دیده می شوند.

CSBD در نظام طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11): این یک وضعیت شناخته‌شده در سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی است، نه یک قضاوت اخلاقی که با زبان بالینی پوشانده شده است.

شرم، وضعیت را بهتر نمی کند، بلکه آن را بدتر می سازد. شرم به ناراحتی عاطفی که رفتار وسواسی برای تسکین آن انجام می شود، اضافه می کند. حذف شرم از این چارچوب، اولین گام بالینیِ است.

پروفایل خاص پُرنُگاری: تحریک فوق‌العادهِ اثر کولیدج، کاهش حساسیت، کاهش برانگیختگی در روابط واقعی، اختلال در قشر پیشانی. دوره ۹۰ روزه، آغاز بهبودی عصبی است.

مکمل‌ها: NAC (برای حفظ تعادل گلوتامات، مکانیزم کاهش رفتارهایِ وسواسی)، 5-MTHF (حمایت از اشباع روی (متابولیسم اکسی توسین)، منیزیم گلیسینات، ویتامین D3، ،(سروتونین.

تعریف پاکدامنی. ایجاد مسئولیت‌پذیری. در صورت وجود، به تروما رسیدگی کنید. در صورت اختلال، به پیوندها توجه کنید. ساختار طبیعی را بسازید. مقصد، یک زندگی جنسی داوطلبانه، مرتبط و رضایت‌بخش است - نه فقدان آن.